TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

D[r] L. GLANTENAY

Prosecteur à la Faculté

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1898

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

TITRES SCIENTIFIQUES

Externe des hôpitaux, 1889.

Interne des hôpitaux, 1891.

Aide d'anatomie, 1892.

Prosecteur à la Faculté, 1894.

Lauréat des hôpitaux (Prix Civiale, 1894).

Docteur en médecine, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

I. — ANATOMIE CHIRURGICALE

II. — MÉDECINE OPÉRATOIRE

III. — PATHOLOGIE EXTERNE

IV. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

V. — SYPHILIGRAPHIE

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I. — ANATOMIE CHIRURGICALE

Considérations anatomiques sur l'appareil excréteur du rein.
in *Chirurgie de l'uretère*. Thèse Paris, 1895.

D'après des dissections personnelles jointes à de nombreuses recherches bibliographiques nous avons essayé d'exposer l'anatomie topographique du bassinet et de l'uretère. Malgré le nombre et l'importance des travaux accumulés sur ce sujet dans ces dernières années, nous avons rencontré quelques points encore peu étudiés et que nous nous sommes attaché à préciser.

Tels sont les rapports du bassinet avec les artères et les veines du hile rénal ; le calibre de l'uretère en ses différents points et suivant l'âge du sujet ; les rapports de la portion lombaire du conduit et particulièrement ses connexions exactes avec le péritoine, avec la veine cave inférieure, les branches du plexus lombaire, les vaisseaux spermatiques et les côlons ascendant et descendant.

Aux deux portions lombaire et pelvienne distinguées par les classiques, nous avons ajouté une troisième, segment moyen ou iliaque, très court qui répond à la partie toute postérieure de la fosse iliaque. Cette portion mérite en effet d'être individualisée au point de vue chirurgical : d'abord c'est elle qui se rapproche le plus de la paroi abdominale antérieure et est le plus aisement accessible à l'exploration ;

ensuite la découverte de l'uretère dans cette région a donné lieu à des méthodes particulières.

Le fascia péri-rénal. (En collaboration avec M. GOSSET, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.) *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, février 1898.

On est à peu près d'accord à l'heure actuelle pour accorder à l'enveloppe fibreuse des reins (enveloppe cellulo-fibreuse de Sappey) un rôle de premier ordre dans la fixation de ces organes. La description de Sappey, différant un peu de celle que donnent les auteurs allemands (Zuckerkandl, Gerota),

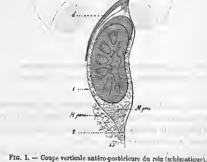


FIG. 1. — Coupe verticale antéro-postérieure du rein (schématique).
1. Fascia rétro-rénal. — 2. Fascia pré-rénal. — *d*. Diaphragme. — *M. para.* Masse para-rénale. — *M. péri.* Masse péri-rénale.

nous avons pratiqué des coupes de sujets congelés, les unes transversales, les autres verticales et nous avons pu facilement suivre sur ces coupes le trajet des deux lames anté-

rieure et postérieure de l'enveloppe cellulo-fibreuse. Il est préférable, pour éviter toute confusion, avec la capsule propre du rein, de désigner l'enveloppe fibreuse sous le nom de *fascia péri-rénal*.

Le fascia propria de Velpeau (lame sous-séreuse des anatomistes allemands, Tela subserosa) en touchant le bord externe du rein, se dédouble en deux lames : lame antérieure ou *feuillet pré-rénal;* lame postérieure ou *feuillet rétro-rénal* dont l'ensemble constitue le *fascia péri-rénal.*

Le feuillet postérieur ou feuillet rétro-rénal s'insinue entre

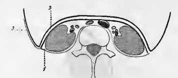


FIG. 2. — Coupe horizontale au niveau des reins (schématique).
1. — Fascia rétro-rénal. — 2. Fascia pré-rénal. — 3. Péritoine.

le rein et le muscle carré lombaire revêtu de son aponévrose, tapisse le psoas dont il renforce la gaîne celluleuse et vient sur les côtés de la colonne vertébrale s'insérer sur les corps vertébraux, sans franchir la ligne médiane.

Le feuillet antérieur ou feuillet prérénal, plus mince, continue à doubler le péritoine dont il suit exactement le trajet. C'est dire qu'il passe en avant du rein, en avant de son hile et de son pédicule, puis en avant de la colonne vertébrale et des gros vaisseaux pré-vertébraux pour venir finalement au delà du plan médian se continuer avec le feuillet correspondant du côté opposé.

Vue sur une coupe transversale, la loge rénale est donc fermée à sa partie externe, tandis qu'en dedans elle communique largement au-devant de la colonne vertébrale, avec la loge du côté opposé. La conséquence clinique qui en découle c'est que dans le sens transversal le rein ne peut se déplacer que vers la ligne médiane.

Sur une coupe verticale antéro-postérieure (V. fig. I) on constate que la loge fibreuse contient non pas seulement le rein, mais aussi la capsule surrénale; ce qui permet au fascia péri-rénal de venir prendre sur le diaphragme de solides adhérences et de suspendre ainsi la glande rénale. Cette description, qui diffère de la conception classique, est d'accord avec l'embryologie qui montre la capsule surrénale et le rein correspondant absolument accolés, tellement que la première entoure de toutes parts l'extrémité supérieure du second, sans interposition de tissu cellulaire. Chez le fœtus à terme une sorte d'éperon formé de tissu cellulo-graisseux s'enfonce dans la rainure circulaire intermédiaire aux deux organes et tend à s'insinuer entre eux. Cette disposition s'accentue chez l'adulte et de là vient l'erreur qui consiste à croire que le fascia péri-rénal se replie au-dessus du rein, opinion certainement erronée.

Au-dessous du rein, les deux feuillets ne se fusionnent pas : le feuillet pré-rénal continue de descendre en doublant le péritoine, tandis que le feuillet rétro-rénal se divise en lamelles celluleuses qui se perdent insensiblement dans le tissu cellulo-graisseux de la fosse iliaque.

Vue en coupe verticale, la loge rénale est par conséquent fermée à sa partie supérieure, déhiscente à son extrémité inférieure.

La loge rénale, qui contient à la fois le rein, le pédicule rénal, l'uretère et la capsule surrénale, est fermée en dehors

le long du bord externe du rein, fermée aussi à la partie supérieure au niveau des adhérences avec le diaphragme, tandis qu'en dedans et en bas, elle est largement ouverte. En dedans, c'est une communication réelle et à peu près directe au-devant de la colonne vertébrale. En bas, c'est plutôt un canal tout préparé pour la descente du rein, un espace virtuel entre deux feuillets celluleux qui se touchent sans se fusionner et qui sont bien disposés pour s'écarter sous la poussée de l'organe.

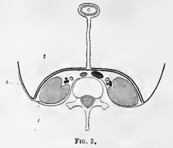


Fig. 3.

1. Lame rétro-rénale — 2. Lame pré-rénale. — 3. Péritoine. — *c*. Coupe du côlon.

Lorsque le rein s'abaisse, deux directions seulement lui sont permises, imposées l'une et l'autre par le trajet anatomique des fascias : il peut se porter en dedans vers la colonne vertébrale, ou en bas vers la crête iliaque. Mais un second facteur intervient pour modifier le sens du déplacement, c'est le pédicule rénal. Le rein descend d'abord verticalement, utilisant la faculté que lui laisse sa loge anatomique de se déplacer vers la crête iliaque et il descend jusqu'au maximum

d'élongation que peuvent fournir ses vaisseaux. Dans un second temps, *amarré* par son pédicule, le rein ne peut plus descendre et se trouve porté vers la ligne médiane, en même temps que son orientation change et que le bord convexe devient inférieur, le hile regardant en haut et en dedans.

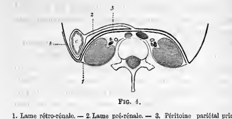


Fig. 4.

1. Lame rétro-rénale. — 2. Lame pré-rénale. — 3. Péritoine pariétal primitif. — *c*. Côlon après application sur le rein gauche.

Des deux lames pré-rénale et rétro-rénale, la seconde, surtout, mérite de fixer l'attention au point de vue chirurgical. Zuckerkandl l'a appelée feuillet rétro-rénal.

Feuillet rétro-rénal ou feuillet de Zuckerkandl. — Dans son ensemble, le feuillet rétro-rénal figure une lame irrégulièrement quadrilatère, distincte de l'aponévrose du carré lombaire. Il présente de grandes variations individuelles. A peine accusé chez certains sujets et confondu avec la masse graisseuse péri-rénale, il se présente chez d'autres sous forme d'une lame bien développée, lisse, brillante et qu'un opérateur non prévenu pourrait confondre avec le péritoine. Mais le péritoine est plus opaque et plus épais, plus mat, tandis que le fascia rétro-rénal se distingue par sa minceur plus grande et sa transparence plus complète.

Feuillet pré-rénal ou feuillet de Toldt. — Après que le mouvement de rotation qui, chez l'embryon, a pour effet d'appliquer le côlon au-devant du rein gauche, s'est effectué, la face antérieure de ce dernier est recouverte de trois couches qui sont, d'avant en arrière : le mésentère primitif du côlon devenu péritoine pariétal ; — la membrane celluleuse, vestige du péritoine pariétal primitif ou feuillet de Toldt ; — et enfin la lame pré-rénale ou dédoublement antérieur du fascia propria.

D'abord distincts, ces feuillets se fusionnent rapidement en une couche péritonéale unique et une lame celluleuse, cette dernière provenant du péritoine pariétal primitif. Ce qui correspond topographiquement au péritoine pariétal *définitif* du rein n'est embryologiquement qu'un mésentère, et le péritoine pariétal *primitif* n'est plus représenté que par une lame celluleuse à laquelle il est juste de donner le nom de *feuillet de Toldt*.

Fixation du rein. — Étudier la fixité du rein revient à rechercher d'une part, l'adhérence du fascia péri-rénal aux organes voisins ; d'autre part, le degré de fixité du rein dans son enveloppe.

Le fascia rénal adhère intimement à tous les organes voisins et le rein lui est réuni par un réseau fibrillaire emprisonnant dans ses mailles des pelotons adipeux. Dans le cas de mobilité rénale, l'élément graisseux persiste, parfois même il s'exagère ; le fascia rénal demeure fixé au péritoine et à la paroi lombaire, et c'est dans son intérieur que le rein peut anormalement descendre, grâce à une laxité spéciale des liens cellulo-conjonctifs qui vont de sa périphérie à la face profonde de son enveloppe fibreuse.

II. — MÉDECINE OPÉRATOIRE

Découverte chirurgicale du bassinet et de l'uretère. In *Chirurgie de l'uretère.* Thèse doctorat, Paris, 1895.

La découverte chirurgicale du conduit excréteur du rein ne peut être définie d'après des règles absolument fixes et s'appliquant à tous les cas.

Elle doit, en effet, s'adapter aux exigences de la clinique : or celle-ci met l'opérateur aux prises avec des difficultés variables suivant la partie du conduit qui doit être cherchée et la nature de l'intervention qui a l'uretère pour objet.

De ces deux ordres de conditions, les premières seules ont été prises en considération dans cette partie de notre étude. Quant aux indications tirées du but même de l'intervention, nous les avons examinées dans notre exposé de chacune des opérations urétérales.

Des deux voies *transpéritonéale* et *extra-péritonéale*, la première, très inférieure à la seconde pour l'examen du rein, absolument mauvaise pour celui du bassinet, offre aussi beaucoup moins de certitude pour la découverte chirurgicale de l'uretère. Comme elle présente aussi beaucoup moins de sécurité, elle doit, en dehors de certains cas particuliers, être abandonnée.

La technique de la méthode extra-péritonéale diffère suivant la portion d'uretère qu'on se propose de découvrir.

Pour l'*uretère lombaire*, nous nous sommes arrêté à l'incision que M. le professeur Guyon a préconisée pour l'explo-

ration du rein, et qui, prolongée jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, convient également le mieux pour la découverte de l'uretère. C'est une incision courbe, qui, en haut, commence sur la douzième côte, et suit le bord externe de la masse sacro-lombaire. Elle reste droite sur une longueur de 5 et 6 centimètres; on la recourbe ensuite pour la prolonger en avant jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Cette incision présente de nombreux avantages. Elle emprunte au tracé vertical de Simon sa précision anatomique, puisque dans sa partie initiale, verticale, elle suit le bord externe de la masse sacro-lombaire, se rapprochant ainsi beaucoup de l'uretère. Mais elle donne un jour plus grand, car par suite de la direction curviligne qu'elle prend à sa partie inférieure, elle dessine, non une boutonnière, mais une sorte de lambeau qui peut être avantageusement relevé. Contrairement au tracé d'Israël très oblique en bas et en dehors, elle ne découvre le côlon qu'à sa partie inférieure, d'où une tendance moins grande de cet intestin à se présenter dans la plaie.

La paroi incisée, l'uretère, caché par un manteau graisseux, quelquefois très épais, impossible à reconnaître immédiatement par la simple inspection, est également difficile à percevoir par le toucher en raison de sa mollesse et de la dépressibilité de ses parois. Aussi certains auteurs se sont-ils appliqués à la recherche d'un repère capable de conduire sur le canal excréteur du rein d'une manière rationnelle et avec une facilité relative. La saillie des corps et le sommet des apophyses transverses des vertèbres lombaires, le relief du bord externe du psoas, le point de croisement de l'uretère par les vaisseaux spermatiques ou utéro-ovariens ont été proposés. Nous avons démontré que ces différents modes de recherche ne satisfont point aux conditions précédentes.

Ainsi, le mode de recherche basé sur les connexions de l'uretère avec la colonne vertébrale et le psoas est loin d'être fidèle, car il arrive souvent que pendant le décollement prévertébral, la séreuse emporte avec elle le conduit, resté adhérent à sa face profonde et, d'autre part, la présence de veines nombreuses, particulièrement des spermatiques et de la petite mésentérique pouvant en imposer au doigt pour l'uretère, font de cette recherche ainsi conduite un procédé de hasard. Ce procédé est dangereux, à cause du voisinage des gros vaisseaux pré-vertébraux et particulièrement de la veine cave inférieure. Il est compliqué, car il nécessite un décollement étendu du péritoine. Il est d'une exécution difficile, l'adhérence de la séreuse s'accusant de plus en plus dans le voisinage de la colonne vertébrale.

Le croisement des spermatiques ne nous a pas paru suffisamment précis dans son siège, ni suffisamment tangible pour être donné comme un repère d'ordre absolument général. Il manque de précision, car le point de croisement de l'uretère et des vaisseaux de la glande génitale est situé à une hauteur variable : variable suivant le côté, variable suivant le sexe. Il n'est pas tangible, car au milieu de ces organes qui se croisent, il n'est pas facile de reconnaître l'uretère du premier coup, surtout quand une inflammation péri-urétérale a englobé tous ces cordons dans une atmosphère d'adhérences et d'induration qui s'opposent à leur isolement.

Ce point de repère précis et tangible restait donc à trouver. Guidé par les savants conseils de M. le professeur Guyon, nous nous sommes efforcé de démontrer qu'il était représenté par l'extrémité inférieure du rein.

Celle-ci est à l'uretère ce qu'est le biceps par rapport à l'artère humérale. Découvrez le biceps et le long de son bord interne vous trouverez aisément l'artère ; dénudez l'extrémité

inférieure du rein et, sur son bord interne, l'uretère apparaîtra presque de lui-même.

De plus, point d'excursion inutile dans la région des gros vaisseaux, très peu de décollement préalable du péritoine, pas de manipulations dangereuses pour le conduit lui-même, qui peut être exploré sans que ses connexions avec la séreuse soient détruites. L'exploration est méthodique, car elle porte d'abord sur le point de l'uretère où, dans la grande majorité des cas, siègent les rétrécissements et s'arrêtent les calculs. Enfin ce mode de recherches reste fructueux même dans les cas où les rapports des organes sont profondément modifiés par une périnéphrite scléreuse, où le hile est méconnaissable et par conséquent l'origine de l'uretère introuvable, puisque la corne inférieure du rein reste précisément la partie de l'organe qui conserve le plus longtemps sa forme et ses connexions habituelles.

Après avoir été dénudée, cette extrémité doit être attirée dans la plaie et soulevée en haut et en dehors, l'organe pivotant autour de son pédicule. Ce mouvement de bascule imprimé au rein a plusieurs effets utiles. D'abord il rend plus accessible la partie du bord interne de l'organe sous-jacente au hile. Puis l'uretère est légèrement tendu, ce qui rend beaucoup plus appréciable au toucher l'angle qu'il forme au moment où il abandonne le bassinet, de telle sorte que le doigt qui suit une marche ascendante le long du bord interne du rein est bientôt arrêté par cet angle. La pulpe n'a qu'à se tourner sur son côté interne pour sentir l'uretère. C'est lui, sans confusion possible avec aucun des autres organes de la région. La légère tension imprimée au conduit a aussi pour effet de le dégager de ses connexions avec le psoas en le portant un peu en dehors et de le rendre plus accessible : il se trouve ainsi de niveau avec la plaie.

Pour découvrir l'*uretère pelvien*, cinq voies ont été expérimentées chez l'homme : les voies rectale, périnéale, sacrée, iliaque et hypogastrique. La critique à laquelle nous les avons soumises nous a montré que les deux premières doivent être abandonnées, l'une en raison des dangers auxquels elle expose, l'autre à cause de la difficulté de son exécution. La voie extra-péritonéale supérieure ou iliaque qui conduit sur le point de croisement de l'uretère et de l'iliaque externe est la méthode de choix. La voie sacrée lui est inférieure à cause de l'absence de point de repère fixe de ce côté. Quant à la voie hypogastrique, elle offre tous les dangers d'une opération transpéritonéale et le conduit est difficile à reconnaître à travers la séreuse.

Chez la femme la voie vaginale s'ajoute aux précédentes et est très avantageuse pour la découverte du segment terminal de l'uretère.

Enfin dans l'un et l'autre sexe la portion juxta-vésicale de ce canal peut être abordée par une incision conduite sur la paroi postérieure du réservoir de l'urine.

Les recherches précédentes ont eu pour but de répondre au desideratum émis par M. le professeur Le Dentu en 1889. « La médecine opératoire de l'uretère se réduit à fort peu de chose pour le moment : elle est surtout expérimentale. Ce n'est pas une raison de penser que dans quelques années elle ne se sera pas constitué une histoire » (1). Notre travail est le premier où soient exposées complètement et dans un esprit critique les règles fondamentales relatives à la médecine opératoire de l'uretère. A l'époque où nous les avons conçues, la chirurgie était pauvre en documents et nous avons dû le plus souvent nous borner à asseoir notre démonstration

(1) Le Dentu. *Chirurgie du rein et de l'uretère*, 1889.

sur l'expérimentation cadavérique. Depuis, grâce à l'extension prise par la chirurgie des voies urinaires supérieures, nous avons eu la satisfaction de voir les préceptes opératoires que nous avions établis recevoir plusieurs fois la sanction de la pratique chirurgicale.

III. — PATHOLOGIE EXTERNE

Fracture de la voûte du crâne. Fracture de l'extrémité interne de la clavicule. *Bullet. de la Société anatomique*, 17 juillet 1891.

Observation de maladie kystique des mamelles. (En collaboration avec M. le Dr Toupet.) *Bullet. de la Soc. anatomique*, 30 octobre 1891.

Arthrite suppurée du genou, consécutive à une ostéomyélite prolongée de l'extrémité inférieure du fémur. In Lautier. *Étude clinique des complications articulaires de l'ostéomyélite chez l'adulte.* Paris, 1892.

Diagnostic de l'hydarthrose. Revue générale. *Gazette médicale de Paris*, 30 décembre 1893.

Diagnostic différentiel de certaines formes de la cystite et des néoplasmes de la vessie. Leçon clinique de M. le professeur Guyon, recueillie et publiée dans les *Ann. des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 289.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique du rein mobile. (En collaboration avec M. Gosset, prosecteur à la Faculté.) *Soc. anatomique*, 5 mars 1897.

Nous avons pu étudier dans les pavillons de l'École pratique un sujet dont le rein était déplacé et mobile. Cet organe était couché à la fois dans les fosses lombaire et iliaque. Ces deux fosses n'étant pas de niveau, le rein était coudé sur l'arête de la crête iliaque, de telle sorte que sa face posté-

ricure était fortement arquée, à la façon d'un utérus en rétroflexion.

Généralement le rein mobile se porte obliquement en bas et en dedans, de sorte que son extrémité inférieure est la partie la plus rapprochée de la ligne médiane et le bord convexe le point de l'organe le plus bas situé. Ici il n'en était rien; il n'y avait même aucune tendance de l'extrémité inférieure du rein à se rapprocher de la ligne médiane. C'est que le pédicule laissait au rein une grande liberté de mouvements, et cela grâce à deux particularités : à l'élongation des vaisseaux et à la traction exercée sur la veine cave.

La longueur de l'artère rénale était de 12 centimètres au lieu de 5 qui est sa longueur moyenne à droite; de plus, son calibre était très notablement inférieur à celui de l'artère du côté opposé. La veine au contraire avait conservé ses dimensions habituelles. C'est qu'en effet ce n'est pas la veine rénale qui avait permis par son allongement la descente du rein, c'est la veine cave elle-même qui s'était coudée et déviée vers la droite, comme attirée vers le rein, et la veine rénale n'avait pas eu à faire ce que la veine cave avait accompli en son lieu.

A gauche, l'artère rénale ne présentait aucune particularité spéciale, mais la veine venait déboucher dans la veine cave une vertèbre et demie au-dessous du niveau habituel.

On a voulu incriminer comme cause de rein mobile, la trop grande longueur du pédicule, liée à une disposition primitive des vaisseaux. Le cas précédent plaide doublement contre cette manière de voir : c'est du côté où la veine rénale est plus longue et s'abouche bas que le rein a conservé son niveau habituel; et du côté où existe le déplacement le rein a exercé sur le pédicule une traction telle qu'il a coudé la veine cave. Ces modifications vasculaires sont en faveur d'un rein

mobile *acquis* et non d'un rein en ectopie congénitale. Mais ce qui démontre surtout la mobilité rénale *acquise*, c'est l'état des enveloppes de l'organe.

Il existait en effet une vaste *poche rétro-rénale*, dans laquelle le rein tapissé sur sa face antérieure par le péritoine qui lui adhère pouvait exécuter ses mouvements. Les glissements avaient lieu entre la face postérieure du rein tapissée par le fascia propria et le feuillet postérieur de la poche, dans laquelle le rein se mouvait facilement.

Si l'on venait à mobiliser le rein on voyait cette poche se gonfler et faire hernie à la périphérie de la glande, en particulier au niveau du pôle inférieur, à la manière des séreuses articulaires. C'était une vaste cavité, complètement fermée, à surface intérieure lisse et brillante, dont la hauteur atteignait 15 centimètres et la largeur 7 centimètres. La capsule graisseuse avait complètement disparu.

La pseudo-appendicite hystérique. Mémoire présenté à la Société de médecine de Paris. Compte rendu dans la *France médicale*, février 1897.

Appendicite oblitérante atrophique. *Presse médicale*, avril 1898.

Dans le premier de ces deux travaux, basé sur deux observations inédites, nous avons cherché à préciser les rapports de l'appendicite et de certains états nerveux, l'hystérie en particulier. Les observations qui établissent cette relation ont été groupées en trois catégories bien distinctes. Dans une première série de faits, il s'agit de fausses rechutes d'appendicite, entretenues par un état nerveux. Dans d'autres circonstances l'hystérie exagère les symptômes d'une appendicite peu grave par elle-même. Enfin la névrose peut intervenir seule, sans être provoquée par aucune lésion de l'appen-

dice, et le complexus symptomatique observé doit lui être entièrement attribué, c'est *la pseudo-appendicite hystérique*. C'est à cette dernière forme que notre étude est spécialement consacrée.

Sa réalité nous avait paru d'abord démontrée par le résultat de certaines interventions précoces qui ont révélé l'intégrité du diverticule cæcal chez des sujets qui avaient présenté au complet le syndrome classique de l'appendicite. On a pensé que la migration dans l'appendice d'un calcul venu de l'intestin pouvait expliquer les faits précédents, théorie aujourd'hui complètement délaissée. Une autre interprétation plus conforme aux données qui ont actuellement cours sur l'anatomie pathologique de l'appendicite a été soulevée et discutée par nous : une inflammation catarrhale ou folliculaire légère, sans modification extérieure appréciable du canal, pourrait devenir par voie réflexe le point de départ d'accidents exagérés en clinique par l'éréthisme nerveux du sujet. S'il en était ainsi, nos observations devaient rentrer dans la deuxième catégorie établie précédemment et s'expliquer par une appendicite avec péritonisme. Cette hypothèse nous paraissait cependant peu vraisemblable, étant donnée l'intégrité absolue de l'appendice et de la fosse iliaque constatée au cours de l'opération par M. le D[r] Nélaton chez les sujets qui font l'objet de nos deux observations personnelles. Des lésions aussi légères qu'on le suppose devaient avoir toujours pour premier effet d'amener ici, comme dans tous les conduits étroits de l'organisme, un gonflement localisé ou généralisé des parois du canal, de vicier sa direction en raison de son oblitération rapide due au boursouflement de la muqueuse.

La connaissance des faits précédents venait jeter une note fort troublante dans l'étude du diagnostic des lésions appendiculaires. Il devenait bien difficile de savoir si un cas donné

devait être rapporté à une appendicite vraie chez un nerveux ou à une pseudo-appendicite nerveuse, *sine materia*. Ces difficultés sont mises en pleine lumière par l'observation d'un malade rapportée à la Société médicale des hôpitaux (19 et 26 mars 1897) et dont l'affection fut interprétée comme une appendicite fantôme par M. Brissaud et une appendicite chez un nerveux par M. Rendu. La réalité de la lésion péri-cæcale fut démontrée par l'intervention.

L'une de nos deux observations peut être rapprochée de la précédente. En effet, c'est d'après les résultats d'une première laparotomie ayant démontré l'intégrité apparente de l'appendice que nous fûmes amené dans notre premier mémoire à conclure en faveur d'une pseudo-appendicite nerveuse. Mais le malade ayant été l'objet d'une deuxième intervention justifiée par la persistance des douleurs, l'examen microscopique de l'appendice réséqué permit de reconnaître une sclérose très accentuée de l'organe avec disparition presque complète de sa lumière centrale. De plus, il était facile de constater l'existence d'une irritation subaiguë toute récente, disséminée en certaines parties de ce moignon cicatriciel *d'appendicite oblitérante atrophique*.

Ainsi les crises douloureuses rapportées tout d'abord à un état purement nerveux devaient être attribuées à une lésion véritable de l'appendice. En est-il de même dans tous les cas interprétés comme des exemples de pseudo-appendicite et qui n'ont pas reçu la consécration d'un examen microscopique de l'organe ? Il serait sans doute prématuré de répondre affirmativement à cette question. En tout cas, la connaissance du fait précédent montre à quelles réserves doit donner lieu le diagnostic de pseudo-appendicite. Il a pour corollaire thérapeutique, la résection de l'appendice, alors même que pendant la laparotomie pratiquée pour des crises nettes

d'appendicite, il paraît extérieurement sain puisque le microscope peut y révéler des lésions qui peuvent sans son secours passer inaperçues.

Sarcome pseudo-kystique de l'utérus (En collaboration avec M. R. Marie.) *Société anatomique*, 8 avril 1898.

Tumeur végétant dans la cavité utérine enlevée par hystérectomie abdominale. Le diagnostic microscopique est le suivant : Sarcome fuso-cellulaire, vraisemblablement d'origine myomateuse, avec cavités pseudo-kystiques. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'origine des éléments néoplasiques aux dépens des faisceaux musculaires préexistants, de l'utérus. Les kystes que l'on y rencontre ne sont pas d'origine épithéliale, ce sont des cavités formées par un clivage des éléments de la tumeur, et remplies de liquide contenant des détritus granuleux.

IV. — THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Contribution à l'étude de la chirurgie de l'uretère. Thèse doctorat, Paris, 1895.

Parmi les opérations qui se pratiquent sur l'uretère, trois d'entre elles ont fixé particulièrement notre attention.

1° Urétérotomie

La taille de l'uretère est exceptionnellement pratiquée pour remédier à un rétrécissement de ce conduit, plus souvent pour l'extraction d'un calcul : elle prend alors le nom d'urétéro-lithotomie. Nous avons fait de cette dernière une étude détaillée basée sur quinze observations.

C'est surtout au cours de l'anurie calculeuse que l'urétérotomie présente ses indications les plus précises. L'incertitude sur la voie à suivre pour la découverte de l'uretère, et la crainte d'une fistule post-opératoire après incision de ce conduit ont jeté pendant longtemps un grand discrédit sur cette opération, à laquelle aujourd'hui encore certains auteurs préfèrent la néphrotomie, systématiquement pratiquée à titre d'opération palliative. Et en effet, dans la très grande majorité des cas, il convient de s'adresser tout d'abord à l'incision du rein qui, permettant seule un examen minutieux de cet organe, peut seule faire trouver des graviers qui auraient passé inaperçus à un examen extérieur du viscère. Si la gravité

de l'état général s'oppose à tout complément opératoire, on en restera là, heureux d'avoir déchargé le rein, même par une voie anormale.

Quand cette contre-indication fait défaut, il convient de ne pas s'en tenir à la néphrotomie, mais de chercher à dégager l'uretère, quel que soit le siège de l'obstacle. Parmi les nombreux arguments qui légitiment cette conduite, nous rappellerons seulement ici la possibilité, si le rein est dans des conditions d'intégrité suffisante, de fermer la plaie de la néphrotomie par une suture assurant la guérison en quelques jours, au lieu de laisser une fistule persister pendant des semaines et des mois. Cette manière d'agir est bien conforme aux progrès de la chirurgie antiseptique qui restreint de plus en plus le domaine des opérations palliatives au profit des interventions nettement curatives. L'anus contre nature cède aujourd'hui le pas aux interventions directes sur l'intestin; il n'est considéré que comme un pis-aller, légitimé seulement par l'impossibilité où l'on se trouve parfois de faire mieux.

Dans un deuxième paragraphe, nous nous sommes efforcé de préciser le choix de la voie à suivre dans l'urétérotomie, suivant les notions que l'on possède sur le siège du calcul. Celles-ci se ramènent à l'une des trois hypothèses suivantes : on ignore le côté occupé par le calcul; ou bien le côté de l'obstruction est connu, mais sa hauteur reste incertaine; ou bien enfin le siège précis, lombaire, iliaque ou pelvien du calcul est diagnostiqué.

La recherche du corps étranger dans le rein et dans son conduit excréteur nous a ensuite préoccupé. Parmi les modes d'exploration de ce dernier, le *cathétérisme rétrograde* est le seul qui fournisse des renseignements absolument précis. Aussi lui avons-nous consacré une étude détaillée.

Sa nécessité est démontrée par plusieurs observations où,

après incision d'une pyélo-néphrite suppurée, on en a méconnu la cause qui était un calcul arrêté au niveau du détroit supérieur. Alors même que la néphrotomie fait découvrir un calcul oblitérant l'orifice supérieur du conduit, il ne faut jamais manquer d'explorer avec une sonde toute la longueur de ce canal, car l'existence d'un second calcul n'est pas rare.

Malheureusement cette manœuvre est rendue trop souvent très difficile, sinon impossible, par les altérations du bassinet et du rein qui empêchent l'instrument de s'engager dans l'orifice supérieur de l'uretère. La connaissance de ces échecs doit rendre très attentif aux moindres détails capables de faciliter le cathétérisme rétrograde. Suivant les cas, l'introduction de la sonde sera faite soit directement par le bassinet, soit indirectement par un calice. Cette introduction sera facilitée par la traction du rein en dehors, qui a pour effet d'ouvrir l'angle urétéro-rénal et de mettre la glande et son conduit dans le prolongement l'un de l'autre. La progression de la sonde sera aidée et contrôlée par l'exploration digitale qui seule permet de reconnaître si l'instrument glisse bien dans l'uretère ou même s'il est sorti du bassinet. Nous rapportons à cet égard une observation bien démonstrative.

. Au cours d'une opération pour anurie calculeuse, le chirurgien, après avoir retiré par la néphrolithotomie une pierre du bassinet et avant de refermer le rein par la suture, voulut s'assurer de la perméabilité de son conduit excréteur par le cathétérisme rétrograde. La sonde, qui était flexible, parut s'engager très facilement et en totalité par l'uretère. Au moment où on la retira on eut même la sensation qu'elle sortait absolument rectiligne de ce conduit. Cependant l'examen de la pièce démontra, quelques jours après, l'existence d'un gros calcul arrêté dans l'uretère à 4 centimètres de son origine et ne permettant aucun doute sur l'impossibilité du

cathétérisme. La sonde, selon toute vraisemblance, s'était repliée dans un diverticule du bassinet, trop étroit pour permettre au doigt d'y pénétrer aisément et de se rendre compte de la mauvaise direction qu'elle avait suivie. Cette étude sur le cathétérisme rétrograde se termine par des considérations relatives aux dimensions, à la forme, à la consistance de l'instrument explorateur.

Un exposé critique des divers modes d'extraction des calculs de l'uretère nous conduit ensuite aux conclusions suivantes : les pierres de l'extrémité supérieure du conduit seront enlevées par une incision du bord convexe du rein de préférence à la pyélotomie; celles de l'extrémité vésicale doivent être attaquées par la taille hypogastrique ; quant aux pierres arrêtées dans la continuité du canal, il faut toujours essayer leur rebroussement dans le bassinet. L'impossibilité de cette manœuvre autorise seule l'urétérotomie longitudinale.

Enfin la technique de l'incision du conduit et de sa suture termine cette étude sur la taille de l'uretère.

2° Résection de l'uretère

Cette opération consiste dans l'ablation d'une portion du conduit avec rétablissement de sa continuité par suture des deux bouts. Elle a donc pour but de rendre à l'organe l'intégrité de sa fonction, bien différente en cela de l'urétérectomie qui réalise la suppression absolue d'un conduit parfois nuisible, et toujours inutile, puisqu'elle est dans tous les cas associée ou consécutive à une néphrectomie.

Parmi les rétrécissements de l'uretère, ceux qui sont développés à son extrémité supérieure au niveau de la partie

élargie, dite infundibulum, offrent à la résection ses conditions les plus avantageuses. A l'époque où nous faisions l'étude de cette opération, elle avait été mise en pratique deux fois seulement. Cependant ses indications nous paraissaient susceptibles d'une grande extension. Nous n'avons pas craint d'affirmer que la thérapeutique chirurgicale des rétrécissements de l'uretère subirait une évolution analogue à celle des calculs de ce conduit quoique certainement moins brillante. Nous inspirant de l'histoire thérapeutique de l'hydronéphrose intermittente qui nous montre qu'à mesure que la lumière s'est faite sur le mécanisme de la rétention rénale, le traitement de sa cause, c'est-à-dire de la mobilité de l'organe par la néphrorrhaphie, s'est substitué à l'incision simple de la tumeur ou à son ablation, nous avons cru pouvoir faire présager une évolution semblable au traitement des accidents de rétention entretenus par une sténose permanente de l'uretère. L'avenir a confirmé nos prévisions et les observations de résection de l'extrémité supérieure du conduit avec suture secondaire au bassinet, opération dite par certains auteurs : urétéro-pyélo-néostomie, se sont multipliées avec les plus heureux résultats.

Cependant les premières expériences qui avaient eu pour objet la résection et la suture de l'uretère avaient paru peu encourageantes. Mais on ne saurait conclure ici de l'expérimentation à la clinique. Nous nous sommes attaché à démontrer que les conditions de la réunion des plaies transversales de l'uretère sont en général moins avantageuses sur le conduit normal que sur l'uretère pathologique, en raison de la fixité et surtout de la dilatation et de l'épaississement des parois de ce dernier. Ainsi, outre qu'il présente l'avantage de supprimer la traction directe sur les fils de suture, l'enclavement de l'uretère s'oppose probablement aussi aux glisse-

ments et aux mouvements péristaltiques du conduit, ce qui contribue encore à augmenter la solidité de la suture. L'épaississement des parois rend aisé le passage des fils en dehors de la lumière de l'uretère en même temps qu'il agrandit la surface d'affrontement des lèvres de la plaie. Enfin, la dilatation du canal, habituelle dans ces cas, diminue beaucoup les craintes d'un rétrécissement ultérieur. La lecture des observations vient à l'appui des remarques précédentes, en montrant que dans les cas où la suture a réussi, les conditions anatomiques indiquées étaient réalisées.

Nous avons été ainsi conduit logiquement aux conclusions suivantes, applicables à la thérapeutique des plaies transversales de l'uretère :

1. La suture de l'uretère anormalement fixé et adhérent est justifiée et même indiquée, tandis qu'avec un uretère normal la suture doit être considérée au moins comme très risquée.

2. Parmi les différents modes de réunion du conduit, c'est aux sutures non perforantes imitées du procédé de Lembert qu'il convient de donner la préférence. Celle-ci est en effet possible si les conditions relatives à la dilatation et à l'épaississement des parois de l'uretère sont réalisées. D'autre part, on ne risque pas l'éventualité d'une obstruction ultérieure du conduit par des concrétions développées autour d'un fil qui intéresse la lumière du canal.

3° Urétérectomie

L'analyse de trois observations nous a permis d'ébaucher l'étude de la technique et surtout des indications de cette opération.

L'urétérectomie peut être primitive ou secondaire ; primitive, c'est-à-dire exécutée en même temps que l'ablation du rein ; secondaire, c'est-à-dire pratiquée après la néphrectomie, celle-ci n'ayant pas été suivie d'une guérison complète.

L'opération primitive a pour but le plus souvent de prévenir la formation d'une fistule post-opératoire, lors de néphrectomie pour pyonéphrose. Si le conduit est profondément altéré, on enlèvera le segment attenant au rein. Si l'urétérectomie totale est jugée nécessaire, elle devra faire l'objet d'une intervention ultérieure qui sera retardée jusqu'au jour où la rétrocession des lésions pourra être considérée comme désormais impossible autrement que par un traitement opératoire.

L'urétérectomie secondaire n'est légitime que si la suppuration peut être manifestement attribuée aux lésions persistantes de l'uretère, et non, éventualité de beaucoup la plus fréquente, à la permanence d'un foyer sous-diaphragmatique ou d'un clapier iliaque, reliquats d'une suppuration périnéphrétique. La purulence des urines, l'examen direct de la fistule, et surtout de sa direction appréciée au moyen d'un stylet ou d'une sonde introduite dans sa cavité, peuvent fournir des présomptions sérieuses sur son origine urétérale. Ces présomptions deviendront une certitude si l'on constate de la douleur en même temps que du gonflement sur le trajet du conduit.

Nous avons cherché à établir théoriquement les indications créées par la *tuberculose de l'uretère* à l'ablation de ce conduit. Au moment où le chirurgien pratique une néphrectomie primitive ou secondaire pour tuberculose rénale, l'état de l'uretère doit le préoccuper. S'il présente des lésions limitées à son segment juxta-rénal, celui-ci doit être enlevé complètement. On augmente ainsi les chances de guérison définitive

et l'on interrompt la marche envahissante des lésions du côté de la vessie. Si, au contraire, l'uretère est malade en totalité, condition qui est le plus souvent en rapport avec une tuberculose urinaire ascendante, faut-il l'enlever immédiatement ? Nous ne le pensons pas. D'abord l'utilité de l'ablation est moindre que dans le cas précédent puisque la vessie étant déjà envahie, l'urétérectomie n'est que d'un faible secours pour s'opposer aux progrès des lésions de ce côté. Puis il s'agit d'une intervention grave sur un malade le plus souvent très fortement débilité. Aussi est-il préférable de fixer l'uretère à la peau et de chercher à le modifier par un drainage et des lavages fréquemment répétés. En même temps le traitement de l'affection vésicale ne sera pas négligé, d'autant plus que M. Guyon a montré qu'il peut avoir une influence favorable sur l'évolution des lésions urétérales.

Nous nous sommes attaché, en terminant cette étude, à préciser certains points de technique. Nous avons insisté surtout sur la nécessité de la désinfection profonde et de la ligature du moignon vésical de l'uretère.

Chirurgie des centres nerveux. 1 vol. in-18 jésus, 300 pages, avec 29 figures, 1897.

Dans ces dernières années, la chirurgie des centres nerveux a été l'objet de nombreux et importants travaux, qui ont ouvert une voie nouvelle et déjà féconde à cette branche de la thérapeutique.

Nous avons eu pour but de réunir dans une étude élémentaire, les notions établies par nos devanciers. Nous avons voulu les mettre à la portée du praticien, auquel il est le plus souvent impossible d'aller puiser dans les mémoires origi-

naux ou les traités complets, la solution de problèmes cliniques et opératoires dont la connaissance s'impose cependant parfois à lui avec urgence.

C'est donc une œuvre de vulgarisation que nous avons tentée, cherchant surtout à exposer avec méthode et clarté les indications et les règles opératoires qui, déjà, paraissent bien établies par les travaux antérieurs.

Cette étude se divise en deux parties : la première est consacrée au cerveau ; la seconde à la moelle épinière.

Dans chacune d'elles, on trouvera d'abord un exposé de la technique des principales opérations dirigées contre ces organes. Puis, les indications du traitement chirurgical dans les lésions traumatiques ou spontanées des centres nerveux sont passées successivement en revue.

Nous avons pris soin de faire précéder cet exposé thérapeutique des notions anatomiques et cliniques indispensables pour la discussion de l'intervention.

Traitement du goitre exophtalmique. Revue générale. *Archives générales de médecine*, novembre 1897.

Exposé didactique des indications et des opérations dirigées contre le goitre exophtalmique. Discussion sur la valeur respective de ces différentes méthodes. Tentative d'un exposé rationnel des indications auxquelles doit satisfaire actuellement le traitement du goitre exophtalmique. Critique spéciale des interventions sur le grand sympathique.

V. — SYPHILIGRAPHIE

Syphilome diffus de l'urèthre. Deuxième session de l'*Association française d'urologie*, 1897.

Chez le sujet qui fait l'objet de cette observation, on trouvait le long du canal de l'urèthre, depuis le frein jusqu'à la partie la plus reculée du périnée, un cordon dur, gros comme le médius, noueux en quelques points, mais surtout à la jonction des deux segments scrotal et périnéal. Là existait un renflement dur, irrégulier, bosselé, atteignant le volume d'une grosse amande et occupant la paroi inférieure du canal. D'ailleurs ce long cordon induré paraissait surtout, sinon exclusivement, siéger dans la paroi inférieure du canal, autant qu'il est possible d'en juger par le palper.

Une bougie n° 12 pouvait être introduite à frottement jusqu'au périnée ; à partir de ce point, l'urèthre n'admettait plus qu'une bougie n° 8.

Sur le gland s'étalaient trois syphilides tuberculo-ulcéreuses.

Le traitement spécifique fut suivi d'une rapide amélioration. Au bout d'une vingtaine de jours, il ne persistait plus qu'une légère induration à l'endroit du noyau périnéal primitif, et au voisinage du frein, un petit nodule gros comme une lentille. Les ulcérations du gland étaient cicatrisées. Les mictions, auparavant difficiles et douloureuses, étaient à peu près normales.

Dans les quelques observations connues de syphilome de

l'urèthre, la lésion était généralement limitée à la portion glandulaire du canal. Ici, au contraire, elle était généralisée à toute l'étendue au moins de son segment antérieur. De plus, la syphilis tertiaire de l'urèthre est presque toujours consécutive à des lésions nées au niveau du gland, qui envahissent consécutivement le canal. Il est tout à fait rare que le syphilome prenne naissance primitivement dans ce dernier, ce qui paraît s'être produit dans le cas actuel.

Enfin cette observation peut contribuer à éclairer la question si difficile des rétrécissements syphilitiques tertiaires. Si la lésion dans ce cas avait été abandonnée à elle-même, on peut bien penser que le ramollissement du tissu gommeux aurait pu, après cicatrisation, devenir l'origine de rétrécissements étendus et profonds.

Éléphantiasis des organes génitaux externes chez l'homme. (En collaboration avec M. le Dr EMERY, chef de clinique à la Faculté.) *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, 10 février 1898.

L'histoire du malade et la constatation d'une syphilide tuberculo-croûteuse typique sur la cuisse gauche, nous conduisit à penser, conformément à l'avis de M. le professeur Fournier, qu'il s'agissait d'un syphilome hypertrophique diffus de la verge et du scrotum.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE